

Дизартрия

Учитель-логопед
Высшей категории
ОПБ № 7 ЗПНД
Ларенцева Елена Викторовна

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИЗАРТРИИ

Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи. К таким структурам относятся:

- периферические двигательные нервы к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки);

- ядра этих периферических двигательных нервов, расположенных в стволе головного мозга;

- ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловнорефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, вскрикивания, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний и др.



Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи.

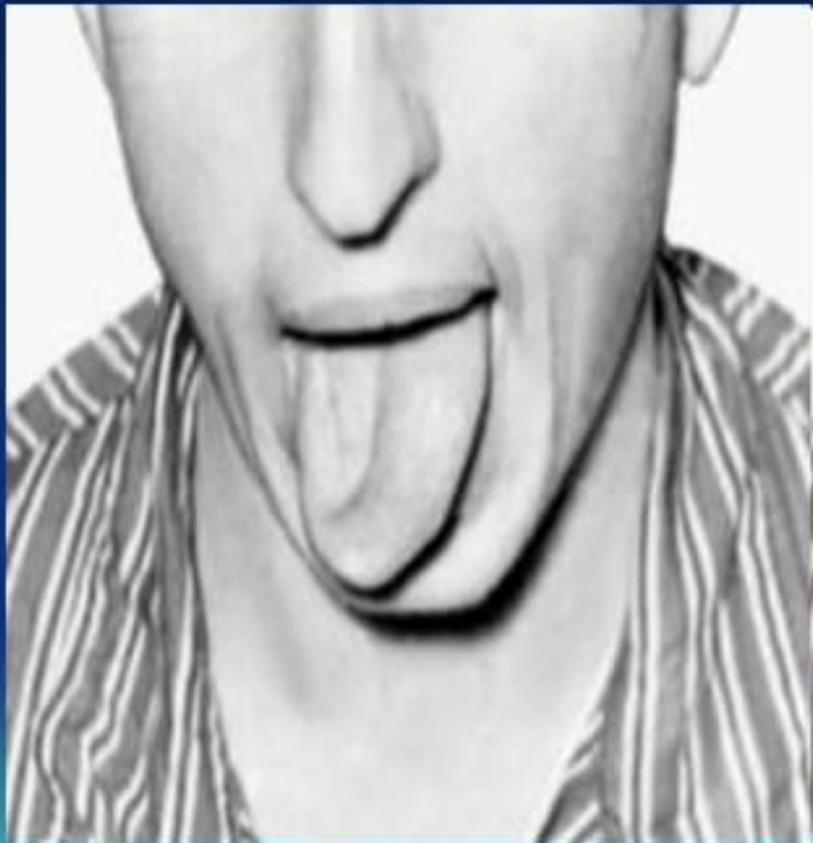
Дети с дизартрией по своей клинико-психологической характеристике представляют крайне неоднородную группу.

При этом нет взаимосвязи между тяжестью дефекта и выраженностью психопатологических отклонений.

Дизартрия, и в том числе наиболее ее тяжелые формы, могут наблюдаться у детей с сохранным интеллектом, а легкие «стерты» проявления могут быть как у детей с сохранным интеллектом, так и у детей с олигофренией

- Дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием;
- Дизартрия у детей с церебральным параличом;
- Дизартрия у детей с олигофренией;
- Дизартрия у детей с гидроцефалией;
- Дизартрия у детей с ЗПР;
- Дизартрия у детей с минимальной мозговой дисфункцией (ММД). Эта форма дизартрии встречается наиболее часто среди детей специальных дошкольных и школьных учреждений.

Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.



Бульбарный синдром- периферический паралич мускулатуры, иннервируемой 9, 10, 11, 12. парами черепных нервов.

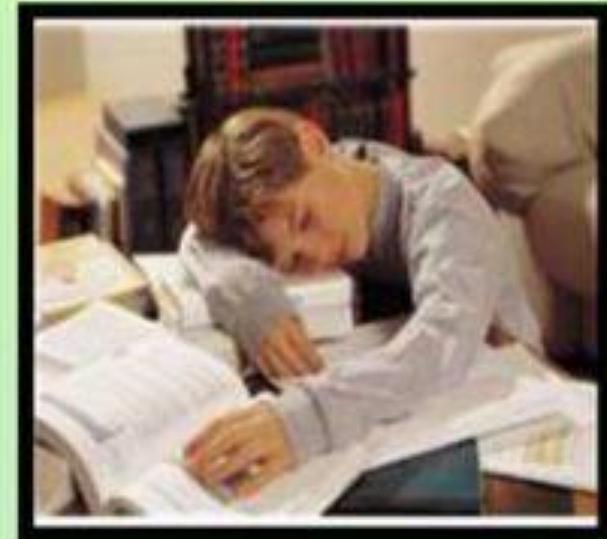
Проявляется- нарушением глотания, поперхиванием, гнусавостью голоса, дизартрией, атрофией и фибрилляцией мышц языка; угасанием небного и глоточного рефлексов, парезом мягкого неба, расстройством дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

Псевдобульбарный синдром- это центральный паралич, возникающий при двустороннем поражении корково-ядерных волокон 9- 12 пары черепных нервов.

Проявляется- теми же симптомами что и бульбарный паралич, но без атрофий и фибриллярных подергиваний мышц языка. Сопровождается симптомами орального автоматизма (сосательным, назолабиальным, Маринеско- Родовичи) Возможны насильственный плач, смех, снижение психической активности. Нарушений дыхательной и сердечной деятельности не наблюдается.

Мозжечковая дизартрия

- Речь замедленная, толчкообразная, скандированная, затухание голоса к концу фразы
- Тонус в мышцах языка и губ понижен
- Язык тонкий, распластаный в полости рта, движение языка не точное, подвижность ограничена, при тонких движениях мелкое дрожание темп движений замедлен



- Трудности в удержании артикуляционных укладов
- Выражена назализацией большинства звуков.

КОРКОВАЯ ДИЗАРТРИЯ

Наблюдается при поражении двигательных и чувствительных зон коры головного мозга, участвующих в иннервации артикуляционного аппарата.

При эфферентной форме поражение локализуется в области передней центральной извилины.

Страдает иннервация артикуляционной мускулатуры.

При афферентной - наличие поражения в ретроцентральных областях коры головного мозга.

Кинестетическая апраксия в речевой мускулатуре и в пальцах рук.



Первая – самая легкая степень, когда нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка.

Вторая – нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.

Третья – речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих.

Четвертая – самая тяжелая, отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким ребенка (анартрия).

Основными признаками (симптомами) дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания.

При дизартрии, в отличие от дислалии, может нарушаться произношение как согласных, так и гласных звуков.

В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на:

- А) антропофонические**
- Б) фонологические**

Встречаемые формы дизартрии у детей:

- Спастика-паретическая форма
- Гиперкинетическая форма
- Подкорковые поражения
- Атонично-астатическая форма

Стертая форма дизартрии или псевдобульбарная – это нарушения речевой деятельности в связи с расстройством артикуляции при поражениях нервной системы. Отклонения при этой форме дизартрии сложно выявить без помощи специалиста.

Проявление стертых форм дизартрии

- Девиации, синкинезии



Рис. 1. Больной В.
(на первом занятии).



Рис. 2. Больной В.
(после реабилитации).



Симптомы стертой дизартрии у детей:

- невнятность выразительности речи;
- трудности с дикцией;
- искаженное произношение звуков;
- автоматическая замена слогов по смежности произношения.

Выявить наличие стертой дизартрии можно только по достижению 5 лет.

**Симптомы проявления
заболевания у детей на трех
уровнях:**

- общей моторики,
- мелкой моторики рук
- артикуляционного аппарата.

Произношение звуков:

Симптомы заболевания имеют схожие признаки с дислалией (трудности со звукопроизношением). При первичном обследовании детей наблюдается искажения, замена и смешивание звуков, но просодические нарушения бывают только у стертой формы. Главным отличием болезни является верное произношение изолированных звуков. Очевидным признаком заболевания является трудность произношения свистящих и шипящих. Артикуляционный аппарат не способен разграничить звуки по смежному способу образования, поэтому наблюдаются призвуки акустически противопоставленных звуков. Звуконаполняемость речи упрощается и происходит ассимиляция звуковых структур.

Детей со стертой дизартрией можно разделить на 3 группы:

- Больные с трудностями дифференциации звуков и просодикой.
- Расстройство произношения сложных слоговых структур сопровождается отсутствием пространственной ориентации.
- Полиморфные отклонения дифференциации звуков и недоразвитое фонематическое восприятие характерны для третьей группы.

Единой системы лечение не существует.

Симптомы болезни помогают специалисту выбрать направление лечения. Терапия начинается с обследования невропатологом и, в случае подтверждения диагноза, подразумевает индивидуальное планирование комплекса методов и приемов.

Первый этап охватывает возрастной период от первых дней жизни до полугода.

Ребенку на данном этапе свойственны беспорядочные движения с повышенным тонусом. Ближе к 6 месяцам у ребенка постепенно рефлексy исчезают, на смену которым появляются двигательные функции произвольного характера. Если непроизвольные движения сохраняются более полугода, специалисты диагностируют двигательное расстройство центрального характера.

Второй этап охватывает возрастной диапазон ребенка от полугода до 11 месяцев.

На данном этапе у ребенка заметно нормализуются активные движения. Основной признак того, что развитие соответствует возрастным особенностям — лепет.

Третий этап охватывает возраст от года до трех лет.

Общепринятые сведения о поэтапном формировании ЦНС и ВПФ ребенка позволяют специалистам своевременно выявить нарушения речевого развития.

Симптомы дизартрии у детей младшего возраста:

- Признаки гуления проявляются на поздних сроках, вокализация и лепет характеризуются ограниченным репертуаром. Сроки всех речевых этапов запаздывают в сравнении с нормой на 3-4 месяца.
 - Как только речь начинает проявляться, слова произносятся невнятно, смазано, нечленораздельно.
 - Словарный запас на фоне детей с развитием в норме весьма обедненный.
- Звукопроизношение и фонетическая часть речи недостаточно дифференцированы.
 - Голос тихий, хриплый, сиплый, интонация ровная, ритм волнообразный.
 - Фразовая речь задерживается в развитии, наблюдается несформированность лексической части речи.
 - Речевой аппарат нередко характеризуется слабостью или твердостью неба, укороченностью уздечки.

Основные методы коррекции речевого развития:

- Логопедический массаж
- Артикуляционная гимнастика
 - Пассивный массаж рук
 - Активный массаж рук
 - Массаж языка.
 - Развитие артикуляционной моторики
 - Вибрационная гимнастика
 - Постановка правильного дыхания
 - Голосоведение

Работа по развитию речевого дыхания обусловлена следующими упражнениями:

1. Формирование длительного вдоха и выдоха через рот.

2. Расширение физиологических возможностей ребенка для речевого выдоха.

3. Расширение диафрагмального дыхания – *Голосоведение* можно сформировать при помощи изменения высоты голоса.

Работа над звукопроизношением *строится с учетом следующих положений:*

- 1. Зависимость от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка.**
- 2. Развитие речевой коммуникации. Формирование звукопроизношения должно быть направлено на развитие коммуникации, школьной и социальной адаптации ребенка.**
- 3. Развитие мотивации, стремления к преодолению имеющихся нарушений, развитие самосознания, самоутверждения, саморегуляции и контроля, чувства собственного достоинства и уверенности в своих силах.**
- 4. Развитие дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа.**
- 5. Усиление перцепции артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений.**
- 6. Поэтапность. Начинают с тех звуков, артикуляция которых у ребенка более сохранная. Иногда звуки выбирают по принципу более простых моторных координации, но обязательно с учетом структуры артикуляционного дефекта в целом, в первую очередь работают над звуками раннего онтогенеза.**
- 7. При тяжелых нарушениях, когда речь полностью не понятна для окружающих, работа начинается с изолированных звуков и со слогов. Если речь ребенка относительно понятна и в отдельных словах он может произносить дефектные звуки правильно, работа начинается с этих «ключевых» слов. Во всех случаях необходима автоматизация звуков во всех контекстах и в различных речевых ситуациях.**
- 8. У детей с поражением центральной нервной системы важное значение имеет предупреждение тяжелых нарушений звукопроизношения путем систематической логопедической работы в доречевом периоде.**

Профилактика.

Необходимо проходить осмотры у невропатолога с первых дней жизни ребенка. Осмотр специалиста очень важен даже в тех случаях, если у ребенка не имеются нарушения и поражения мозга. Для развития дизартрии достаточно, если беременность протекла тяжело или наблюдался частый и устойчивый ТОКСИКОЗ.

Последствия.

Каких-то ярких и серьезных последствий и осложнений дизартрия не имеет. С прогрессированием патологии может развиваться анартрия, в результате которой больной не сможет вообще произносить звуки. К тому же патология сопровождается сильным психологическим дискомфортом, который может отрицательно сказаться на психологическом состоянии пациента.

Спасибо за внимание!